

ПРЕВЕНЦИЈА НА КОЛО – РЕКТАЛЕН КАРЦИНОМ (КРК)

Тодосиева К., Серафимов А., Јовева-Симеонова Е., Маролова А., Петрова М

Факултет за медицински науки, Универзитет Гоце Делчев Штип

33ти Интернационален медицински научен конгрес за студенти на медицина и млади доктори, 13-16 мај, Охрид, Република Македонија, Книга на апстракти стр. 43

ВОВЕД

Коло - ректалниот карцином се однесува на малигнена трансформација на лигавицата на колонот, ректумот и апендиксот. Со околу 655.000 луѓе кои годишно умираат од овој вид на рак, КРК е трета по ред причина за смрт во светот. Коло - ректалниот карцином се образува од аденоматозни полипи во колонот. На почетокот овие полипи се бенигни, не со текот на времето дел од нив се развиваат во канцерогена форма.

Инвазивните канцери, кои се ограничени во лигавицата на колонот (TNM стадиум I и II) се операбилни до 100 %. Ако не се лекуваат, тие метастазираат до регионалните лимфни јазли (стадиум III), при што до 73 % можат да бидат излекувани со хирургија и хемотерапија. Карциномите што имаат далечни метастази (стадиум IV) обично се неоперабилни, иако хемотерапијата може да го продолжи животниот век. Хирургијата во овој стадиум е главно палијативна.

На клеточно и молекуларно ниво, КРК почнува со мутација во нормалната генетска структура на ДНК, поточно генот означен како APC.

СИМПТОМИ

Симптомите на КРК зависат од локализацијата на туморот во цревата и од тоа дали има метастази. Повеќето од симптомите се препокриваат со другите болести на колонот и затоа раната дијагноза е скоро невозможна.

Симптомите се поделени на локални, конституционални (општи) и предизвикани од метастази.

Локални симптоми

Локалните симптоми се изразени доколку локализацијата на туморот е поблиску до анусот. Тогаш како симптом се јавува промена на нормалната работа на цревата (новопојавена дијареја или констипација без видлива друга причина) и појава на чувство за недовршена дефекација (тенезми) и редукција на дијаметарот на столицата; Крварења од долниот интестинален тракт; Мелена (темна столица, почеста при крварења од горен интестинален тракт – дуоденален улкус) при локализација на почетните делови на колонот.

Ако туморот е доволно голем за да го исполни целиот лумен на колонот, може да предизвика цревна опструкција со следните симптоми (констипација,

абдоминална болка и повраќање). Како компликации на цревната опструкција може да се јави перфорација на цревата и перитонитис.

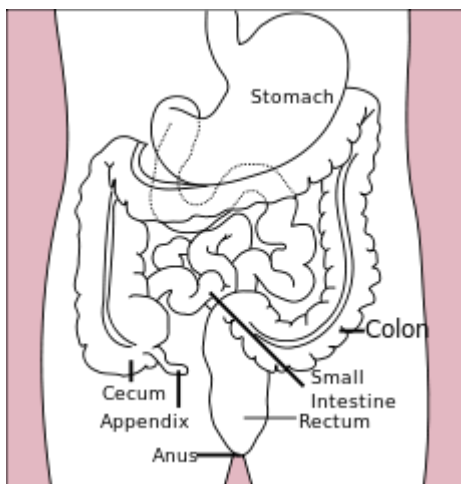
Конституционални (општи) симптоми

Ако туморот предизвикува хронични окултни крвоизливи, може да се појави железо – дефицитарна анемија (бледа кожа, замор, палпитации). КРК е попатен со загуба на килограми, главно поради намалениот апетит.

Во конституционалните симптоми спаѓаат и необјаснета треска или висока температура, паранеопластичен синдром. Најчестиот паранеопластичен синдром е тромбозата, обично на големите длабоки вени.

Симптоми, предизвикани од метастази на КРК

КРК најчесто метастазира во хепарот. Во некои случаи тоа е безсимптомно, но може да се појави иктерус (жолтица) и абдоминална болка (поради растегање на капсулата на хепарот). Ако метастазите прават опструкција на жолчните патишта, иктерусот може да биде придружен и со други симптоми на билијарна опструкција, како што е стеатореа (масти во столицата).



РИЗИК ФАКТОРИ ЗА КРК

- Годишите. Ризикот за развој на КРК се зголемува со годините. Најчесто се јавува во 60-тите и 70-тите, но може и во 50-тите ако постои фамилна анамнеза за КРК.

- Полипи на колонот – поточно аденоматозни полипи. Нивното отстранување за време на колоноскопија го намалува ризикот од КРК.

- Фамилна анамнеза за канцер. Пациенти што порано имале канцер, имаат висок ризик од развој на КРК.

- Наследност. Ако некој од предците имал :

1. Фамилна анамнеза за КРК пред 55 год.

2. Фамилијарна аденоматозна полипоза (FAP) – ризикот е 100 % до 40 годишна возраст.

3. Наследен неполипозен КРК (HNPCC - Hereditary nonpolyposis colorectal cancer) или синдром на Линч (Lynch)

- Пушење. Ризикот е зголемен за 30 %

- Начин на исхрана. Голем прием на месо, намален на овошје, зеленчук и риба го зголемува ризикот од КРК.

- Вириси. Некои подвидови на ХПВ – Human papillomae virus.

- Намалено ниво на Селен (SE); витамин Б

- Алкоголизам

ДИЈАГНОЗА / СКРИНИНГ ТЕСТОВИ

- ректално туширање

- хемокулт тест (за крв во столицата)

- ендоскопија со биопсија (сигмоидоскопија и колоноскопија)

Други методи за скрининг

- двојно контрастна бариумска енема под рендген (бариумска каша преку уста – воздух преку ректум)

- виртуелна колоноскопија

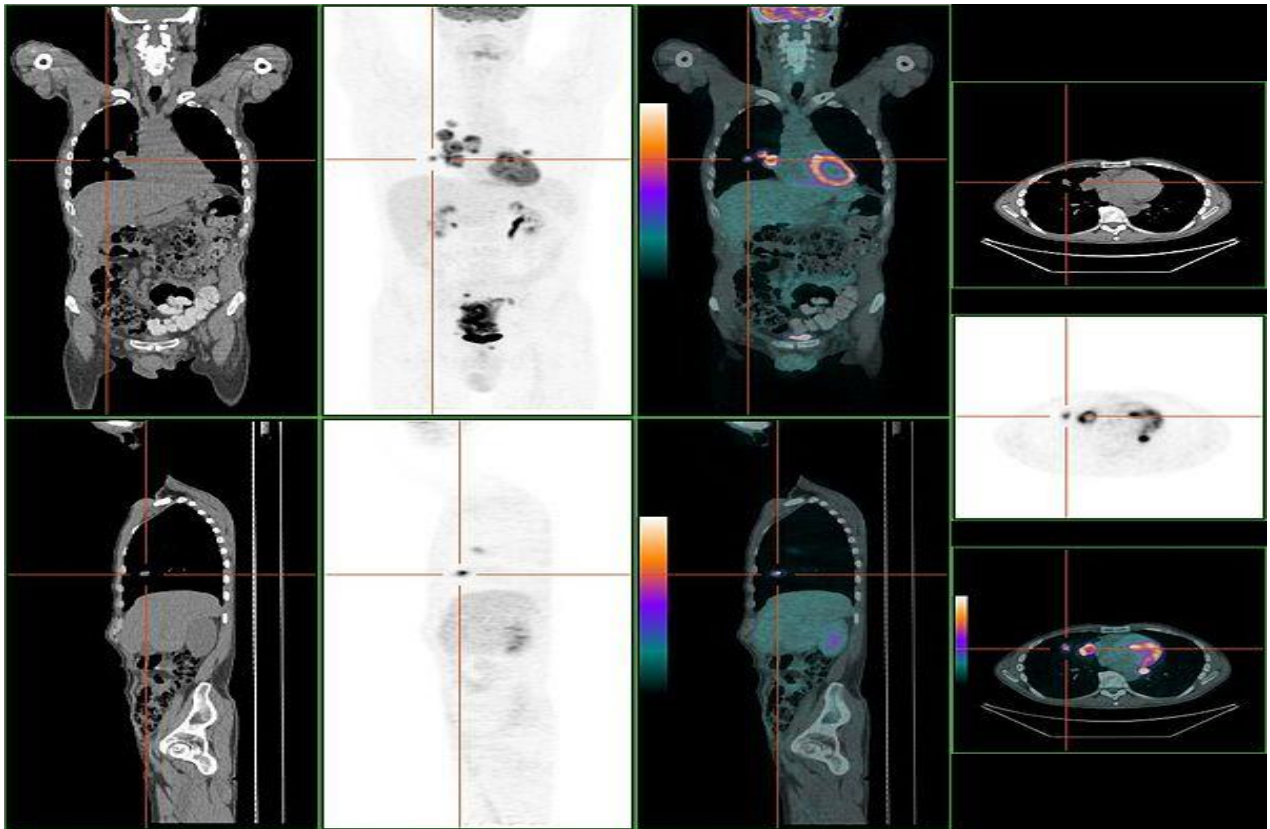
- Компјутерска аксијална томографија

- Лабораториско испитување на крв за СЕА (carcino-embryonic antigen). Неговото висока концентрација индицира на метастази од аденокарцином, меѓутоа често се лажно – позитивни или лажно негативни.

- Генетски тестови / испитување (за FAP, HNPCC)

- ПЕТ скенер

- Висок С - реактивен протеин



ПЕТ/КТ при дијагноза и одредување на фазата на КРК

ПРЕВЕНЦИЈА НА КРК

Повеќето колоректални канцери се превентивни, преку зголемено надгледување, подобрен животен стил и веројатно, со користење на хемопревентивни агенци.

Животен стил

Сегашните хранителни препораки за превенција на КРК вклучуваат зголемена консумација на полнозрнести храни, овошје и зеленчук и намалена употреба на месо. Физичката активност моѓе умерено да го намали ризикот од КРК.

Лекарства

Aspirin-от и Celecoxib-от го намалуваат ризикот од појава на КРК кај пациентите со висок ризик. Сепак нивната употреба не се препорачува кај пациентите со умерен ризик. Употребата на Витаминот Д се асоцира со намалување на ризикот од појава на КРК.

Скрининг

Над 80% од Колоректалните карциноми потекнуваат од аденоматозни полипи, правејќи го КРК можен за скрининг. Дијагностицирањето на КРК преку скрининг обично се случува 2-3 години пред дијагностицирање според клинички

симптоми. Скринингот има потенцијал за намалување на смртноста од КРК за околу 60%.

Постојат 3 главни скрининг – тестови, и тоа: тест за крв во столица, флексибилна сигмоидоскопија и колоноскопија. Од трите избројани, сигмоидоскопијата не може да ја испита десната страна на колонот, каде 42% од малигнитетите се локализирани. Виртуална колоноскопија преку КТ скен се чини дека е добра исто како и класичната колоноскопија, но е многу скапа, асоцирана е со изложување на радијација и не може да ги отстргне детектираните абнормални маси, како што може класичната колоноскопија.

Нов скрининг метод претставува М2-РК тестот. Ензимскиот биомаркер М2-РК е идентифициран како главен ензим при КРК и полипи на дебело црево. М2-РК не зависи од крв во изметот и е специфично асоциран со промените во метаболизмот на туморот. При позитивен наод на М2-РК, пациентите се подложени на колоноскопија.

Тестот на крв во столица е прави на секои 2 години кај пациенти со ризик за појава на КРК. Обично се асоцира со сигмоидоскопија или колоноскопија.

ПРОГНОЗА

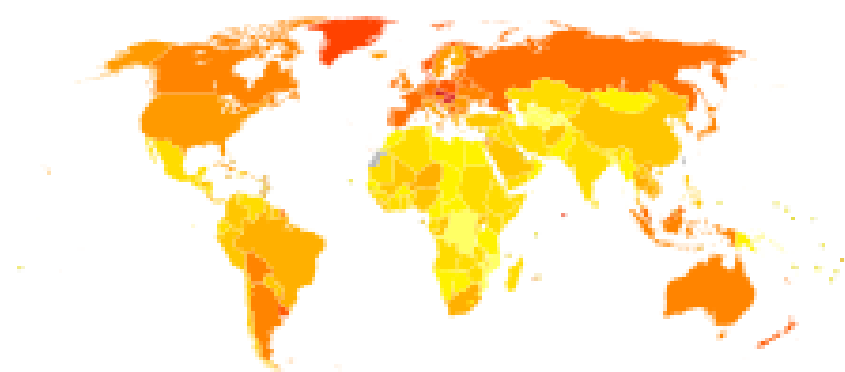
Во Европа 5 годишното преживување за КРК е помалку од 60%.

Преживувањето е директно поврзано со откривањето и видот на КРК, но општо кажано е со лоша прогноза кај пациентите со изјавени клинички симптоми. Преживувањето при рана детекција е за 5 пати поголемо отколку кај оние во доцна фаза.

Според статистиката на Американската Асоцијација на Канцер, преку 20% од пациентите се презентираат со метастатски (4 фаза) колоректален карцином при дијагностицирање на болеста и до 25% од оваа група имаат изолирани метастази во хепарот, кои се потенцијално ресектибилни. Лезиите кои се подложени на куративна ресекција покажуваат 5 – годишно преживување кое надминува 50%.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

Во глобални рамки над 1,000,000 луѓе/годишно заболуваат од колоректален карцином и околу 500,000 смртни случаи/годишно. Од 2008 год. КРК претставува втор по честота канцер кај жени и трет по честота кај мажи и со тоа е четврта најчеста причина за смрт од канцер по канцер на бел дроб, желудник, хепар. КРК е почест кај развиените земји, отколку во земјите во развој. Глобално инциденцата се разликува 10-кратно, највисока е во Австралија, Нов Зеланд, Европа и САД, додека најниска е во Африка и Јужно - централна Азија



Распространетост на КРК во светот. Инциденцата е поголема во развиените земји.